



Dotazník pro zájemce o dobrovolnický program

## Pomoc osamoceným seniorům a osobám se zdravotním postižením

jméno a příjmení: .....

datum narození: .....

adresa: .....

mobil: ..... e-mail: .....

zdravotní stav, omezení:

.....  
.....

jméno a příjmení zástupce (zákonného), mobil, či jiný kontakt:

.....

mám zájem o schůzky s dobrovolníkem:

a) 1x týdně po 1 hodině

b) 1x týdně po 2 hodinách

c) 1x za dva týdny po 2 hodinách

d) doprovod na jednorázové akce

e) jiné .....

výběr zakroužkujte

mám zájem o tyto činnosti v čase schůzek

(zájmové, vzdělávací, volnočasové aktivity, doprovody, společnost, rozhovory):

.....  
.....  
.....

Výše uvedené údaje slouží pouze pro vnitřní potřebu Charity Zlín a Maltéžské pomoci, o.p.s. a pro dobrovolníka, který podepsal mlčenlivost v rámci tohoto programu.

ve ..... dne .....

podpis .....



Broučková 5352  
tel.: 737 736 154



Zálešná I/ 3222  
tel.: 734 435 386



Zálešná I/ 4057  
tel.: 739 245 973



SNP 4789  
tel.: 603 234 965



Zálešná I/ 4057  
tel.: 737 203 357